

FACULDADE SETE LAGOAS – FACSETE

Cryslaine Otacílio Silva

CIRURGIA PRÉ-PROTÉTICA: REVISÃO DE LITERATURA

RECIFE

2019

FACULDADE SETE LAGOAS – FACSETE

Cryslaine Otacílio Silva

CIRURGIA PRÉ-PROTÉTICA: REVISÃO DE LITERATURA

Artigo Científico apresentado ao Curso de Especialização *Lato Sensu* da Faculdade Sete Lagoas – FACSETE / CPO, como requisito parcial para conclusão do Curso de Especialização em Ortodontia.

Área de Concentração: Prótese Dentária

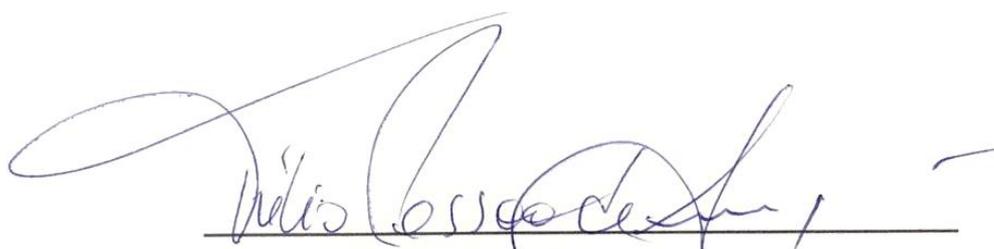
Orientador: Prof^o Tulio pessoa

RECIFE

2019

FACULDADE SETE LAGOAS – FACSETE

Artigo intitulado “**CIRURGIA PRÉ-PROTÉTICA: REVISÃO DE LITERATURA**” de autoria da aluna Cryslaine Otacílio Silva, aprovada pela banca examinadora constituída pelos seguintes professores:

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Tulio Ressoa', written over a horizontal line.

Prof. Dr. Tulio Ressoa – CPO Recife

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Tiago Bezerra', written over a horizontal line.

Prof. Tiago Bezerra – CPO Recife

Recife, 07 de fevereiro de 2019

CIRURGIA PRÉ-PROTÉTICA: REVISÃO DE LITERATURA

Cryslaine Otacílio Silva
Tulio Pessoa
Thiago Bezerra

RESUMO

Cirurgia pré-protética é definida como o conjunto de procedimentos cirúrgicos para que a arcada dentária tenha condições satisfatórias de receber uma prótese fixa, removível, total ou parcial, visando a reabilitação funcional e estética, tem a finalidade da remoção de tecidos indesejáveis, corrigindo estruturas irregulares que irão suportar e reter a futura prótese que será instalada, para que haja uma melhor adaptação, manutenção e estética. O presente artigo em forma de revisão de literatura, tem por objetivo descrever as cirurgias pré-protéticas mais realizadas no âmbito odontológico, relatar os tipos de tratamento para cada uma delas.

Palavras-chaves: Cirurgia bucal pré-protética. Boca edêntula. Prótese dentária. Reabilitação bucal.

1 INTRODUÇÃO

A Cirurgia pré-protética é todo procedimento realizado na cavidade oral ,tendo como principal função promover uma boa adaptação da prótese,permitindo que se restaure a função,seja estável e retentiva e que satisfaça a estética. Os procedimentos cirúrgicos são realizados tanto nos tecidos duros quanto nos tecidos moles,sendo imprescindível que durante a anamnese de um paciente edêntulo se façam os exames visual e de palpação digital,pois devem ser observados atentamente o aspecto do rebordo alveolar em todas as superfícies,as inserções musculares,as bridas cicatriciais e os frênulos,que possam interferir na estabilidade e retenção das próteses (MARZOLA et al., 2012).

As cirurgias de tecido moles englobam: o aprofundamento de vestibulo ou vestibuloplastia, frenectomia lingual ou labial e remoção de hiperplasias fibrosa inflamatória. Já as de tecido duros, abrangem as alveoloplastias, remoção de exostoses como, por exemplo, tórus mandibular e palatino (HUPP, 2009).

Com o surgimento dos implantes ósseo-integráveis, a cirurgia pré-protética para próteses convencionais foi sendo substituída pela cirurgia pré-implantar, como enxertos ósseos e de tecidos moles. O principal objetivo é criar um espaço favorável para a colocação de implantes intraósseos com posição e tamanho ideais (CAWOOD, 2007).

Após a perda dos elementos dentários, modificações na maxila e na mandíbula começam a ocorrer logo em seguida. Há ocorrência de reabsorção óssea, devido ao osso alveolar não receber o estímulo local na área do dente e do ligamento periodontal. O padrão característico dessa reabsorção é imprevisível em cada indivíduo devido à grande variação entre as pessoas. Em muitos pacientes, o processo de reabsorção óssea é gradativo e acumulativo resultando na total perda do osso alveolar e subjacente, enquanto em outros a reabsorção tende a estabilizar após um período. Os resultados dessa reabsorção são acelerados e tendem a afetar a mandíbula mais severamente do que a maxila, devido à diminuição da área de suporte e à distribuição de forças oclusais menos favoráveis, causando uma

instabilidade protética que leva a limitações sociais e funcionais, diminuindo a qualidade de vida do paciente (HUPP et al., 2009).

Apesar dos avanços nas políticas públicas de saúde bucal, o Brasil ainda possui alto número de indivíduos com edentulismo parcial ou total, acompanhado da necessidade de confecção em grande número de próteses dentárias. Elas possibilitam a reabilitação funcional e estética dos pacientes, todavia, precisam ser confeccionadas adequadamente para que não prejudiquem o sistema estomatognático. Próteses mal adaptadas e/ou confeccionadas, podem provocar o aparecimento de diversas lesões na mucosa oral ocasionando diversos problemas a saúde bucal (PARAGUASSÚ; PIMENTEL; SANTOS et al., 2011).

Dessa forma, o presente trabalho teve como objetivo realizar uma revisão atualizada da literatura da cirurgia pré protética e descrever as principais técnicas cirúrgicas.

2 METODOLOGIA

O presente estudo consiste numa revisão de literatura sobre a definição e descrição técnicas das cirurgias pré-protéticas e suas funcionalidades. Para embasamento teórico, foi realizada uma pesquisa, entre 1988 à 2017, em obras de caráter científico e nas bases de dados PubMed, BVS (Biblioteca Virtual em Saúde), SCIELO E LILACS ,usando os seguintes descritores como método de pesquisa como: “Cirurgia bucal pré-protética” AND “Boca edêntula” AND “Prótese dentária” AND “reabilitação bucal”.Foram utilizados artigos de busca nos idiomas em português, inglês e espanhol e os critérios escolhidos foram casos clínicos , revisões bibliográficas e livros baseados nos assuntos de cirurgia, prótese e patologia.

REVISÃO DA LITERATURA

3.1 APROFUNDAMENTO DE SULCO (VESTIBULOPLASTIA)

Luciano et al. (2015) afirmaram que um dos grandes problemas encontrados no tratamento de reabilitação de pacientes edêntulos totais é a presença de rebordo escasso ou insatisfatório, o que interfere a instalação da prótese (Graziani, 1995). A grande reabsorção do processo alveolar pode estar acompanhada da inserção alta do músculo mentoniano, em relação à crista do rebordo, que através da sua contração, poderá causar o desaparecimento do sulco vestibular.

Sverzut et al. (2001) relataram que uma grande parcela dos pacientes com atrofia na região da mandíbula tem uma pouca área de apoio à prótese e a cirurgia pré-protética é um método complementar valioso. Pois, seu objetivo é melhorar a eficiência do tratamento protético.

Iniciada no início do século XX, a cirurgia de aprofundamento de sulco passou por várias alterações, atualmente existindo várias técnicas que, quando bem empregadas são muito eficazes. Na arcada inferior, os procedimentos pré-protéticos são planejados para deslocar as origens do músculo da região mentoniana e músculos adjacentes do mento e do lábio. A técnica mais utilizada é a Kazanjian modificada, cujo é feita uma incisão semilunar na mucosa, dissecando-a da musculatura até que se atinja o perióstio, no qual é incisado e rebatido. Os retalhos são, transpostos, o retalho do perióstio será suturado à margem labial e o retalho mucoso suturado ao limite do perióstio descolado. Em pacientes criteriosamente selecionados e procedimentos cirúrgicos pré-protéticos bem planejados e bem realizados, podem reverter algumas das dificuldades encontradas em pacientes desdentados, no qual seria a exposição de um osso que já existe e o tornar útil para uma futura prótese e não visam "criar" um osso (Howe,1965).

A indispensabilidade da cirurgia de aprofundamento de sulco e a escolha da técnica a ser aplicada são baseadas na avaliação radiográfica e clínica. Sua indicação é geralmente feita para pacientes com degeneração ou atrofia mandibular, o que interfere a reabilitação protética (Sverzut et al., 2001). É necessário que fique notório a existência de altura óssea a ser ganha cirurgicamente sendo suficiente

para aumentar, de forma satisfatória, a estabilidade e retenção da prótese, sendo 15 mm a altura óssea mínima (GREGORI, 1988).

Sverzut et al. (2001) declararam que esse tipo de procedimento cirúrgico ainda propicia uma alternativa satisfatória para aqueles pacientes para os quais os implantes são contra-indicados, por questões de ordem sistêmica ou econômicas. Dessa forma, as técnicas de vestibuloplastia têm a finalidade de prover soluções a baixo custo, quando bem indicadas, como também de servir como coadjuvante as técnicas modernas atualmente disponíveis.

3.2 FRENECTOMIA

Souza et al. (2015) conceituaram o freio labial como uma dobra inserida na mucosa alveolar que segue até a mucosa de revestimento, controlando os movimentos vestibulares do lábio superior e geralmente apresenta alterações na forma. sua origem é congênita localizada na linha média e constitui-se de tecido fibromuscular ou fibroso coberto por uma membrana.

Bercini et al. (1996) afirmaram que o freio labial atípico pode se opor a adaptação ideal de uma prótese e deslocá-la com os movimentos labiais. O mesmo pode ocorrer na região lingual, podendo determinar dificuldades na deglutição e fonação, sendo a solução mais conveniente o tratamento cirúrgico, cujo nome se refere a frenectomia.

O freio lingual é definido como sendo uma pequena dobra constituída por uma membrana mucosa que liga a metade da face sublingual da língua ao assoalho da boca, prejudicando os movimentos da língua e sua funcionalidade, com isso as funções podem estar modificadas de acordo com o nível de alteração do frênuo lingual. A avaliação é requerida quando os movimentos da língua e as funções orofaciais de deglutição, mastigação e fala estão alteradas, portanto, os profissionais examinam o freio lingual de acordo com seus conhecimento, pois, geralmente observam-se a anatomia da cavidade oral e do freio assim como as funções exercidas pela língua, portanto, cirurgias são indicadas apenas quando as funções e movimentos orofaciais estão significativamente comprometidos (MARCHELAN et al., 2012).

De acordo com Marzola (1988), existem três tipos de técnicas para realizar a cirurgia de freio labial ou lingual: frenectomia, no qual consiste na retirada total do freio. A reinserção do freio, cujo objetivo é a mudança das inserções e a frenulotomia que há uma secção do freio, porém sem eliminá-lo. A técnica cirúrgica de frenectomia pode ser realizada com o uso de bisturi manual, eletrocautério ou bisturi elétrico, recomendada especificamente para pacientes com distúrbios hemorrágicos e também poderá ser utilizado o laser. a cirurgia de frenectomia tradicional com uso do bisturi manual ainda apresenta algumas alterações como a técnica de Miller, no qual é recomendada para casos de diastemas pós-ortodônticos; VY Plastia ,recomendada para alongamento da área com um freio amplo e a Z Plastia ,cujo é indicada em casos de freios hipertróficos com baixa inserção ou associada a um diastema entre os incisivos centrais e em vestibulos curtos.

Segundo Pinto e Gregori (1975), relataram que a técnica mais simplificada está sendo proposta por Archer, pois é a que permite um maior controle da hemorragia durante a cirurgia, com rápida execução e possibilitando a remoção do freio labial ou lingual os mais variados tanto na extensão do volume quanto na morfologia.

Souza et al. (2015) concordaram que o profissional deve, através do exame clínico e diagnóstico precoce, estabelecer o melhor plano de tratamento para o paciente. O sucesso vai depender do diagnóstico preciso do freio proeminente ou persistente e da precisão da técnica para a sua remoção.

3.3 HIPERPLASIA FIBROSA INFLAMATÓRIA

Alonso et al. (2004) definiram a hiperplasia fibrosa como uma lesão exofítica mais frequente da cavidade oral, representando quase 20% das lesões encontradas na mucosa oral. A prevalência é maior no sexo feminino em relação ao sexo masculino e a maior incidência é geralmente em torno da terceira década de vida. Sua etiologia está relacionada a fatores irritativos crônicos ou traumáticos repetidos, como maus hábitos, próteses totais ou parciais mal adaptadas. Uma etiologia também é relevante no caso da sucção da mucosa ,como nos diastemas que tende a ocupar espaços vazios, podendo ser localizada em qualquer área da mucosa

bucal, embora há uma maior prevalência em regiões onde há maior atrito como a palato mole, esmalte, língua e mucosa jugal.

A hiperplasia fibrosa inflamatória é formada por uma massa tumoral de tecido conjuntivo fibroso, causada por traumatismo de borda de prótese parcial removível ou prótese total com adaptação insatisfatória e tem característica clínica como uma prega única ou múltiplas de tecido hiperplásico no vestibulo alveolar, ocorrendo comumente adaptação com a prótese. A massa tecidual é fibrosa e firme com apresentação de eritematosas e ulceradas, atingindo dimensões variadas e ainda podendo se estender por todo o rebordo. Geralmente acomete a face vestibular da mucosa alveolar, mas pode ocorrer de se desenvolver nas faces lingual ou palatina, apresenta-se geralmente de forma assintomática, pedunculada e sésil e nodular, de tamanho variável (PEDRON et al., 2007).

O tratamento de escolha consiste na remoção cirúrgica com margem de segurança pequena geralmente após a anulação do agente irritante, contudo outras modalidades terapêuticas podem ser utilizadas em alguns casos, como a microabrasão (KIGNEL et al., 1999), a crioterapia (LEMOS JÚNIOR, 1999) ou a utilização do laser. A amostra cirúrgica deve ser sempre encaminhada ao exame histopatológico, com a finalidade de confirmação da hipótese diagnóstica dada pelo profissional, uma vez que a Hiperplasia Fibrosa Inflamatória possui amplo diagnóstico, como, por exemplo, pode se diferenciar com lesões do tipo, neurofibroma, tumores de glândulas salivares menores, lipofibroma, dentre outras (COUTINHO; SANTOS, 1998). Em qualquer variante terapêutica, o prognóstico é muito bom e o nível de recidiva é baixo, quando o agente causador é removido; todavia, deve-se adotar cuidados com confecção de novas próteses e orientações sobre higiene oral e protética são aplicadas (COELHO et al., 2004).

Falcão et al. (2009) consideraram que a combinação do uso de próteses mal adaptadas com a ocorrência de lesões na cavidade oral, como a hiperplasia fibrosa inflamatória, está sob o encargo do cirurgião-dentista ,diagnosticar o aparecimento de qualquer sinal ou sintoma, assim como preveni-las, informando os usuários de próteses sobre a sua higienização adequada e a necessidade da substituição (ALVES; GONÇALVES, 2005; SANTOS; COSTA; SILVA NETO, 2004).

O sucesso do tratamento também depende de corrigir a prótese mal adaptada, ou realizar a confecção de uma nova prótese, quando esse é o fator etiológico. Considerando a possibilidade haver regressão de lesões iniciais pouco elevadas com a remoção da prótese (CAMACHO et al.,2004).

3.4 ALVEOLOPLASTIA

Junior et al. (2017) definiram a Alveoloplastia como todo procedimento que consiste na retirada ou extração de uma parte do processo alveolar. Essa técnica cirúrgica é relatada, historicamente como um procedimento conhecido há mais de um século, que apareceu com a finalidade de recuperar as condições dos processos alveolares, dessa forma, oferecendo mais harmonia e uniformidade, possibilitando que as próteses removíveis parciais e totais tenham melhor adaptação, retenção e que causem mais estabilidade para o paciente.

A maneira mais clara de alveoloplastia baseia-se na constrição das paredes laterais do alvéolo dentário logo após a exérese de um elemento dentário. Em diversos essa técnica já propicia um adequado contorno do osso subjacente, dessa maneira, evitando que ocorra algum tipo de irregularidade que geralmente pode-se verificar após uma cirurgia de remoção de dente. Todavia, quando são observadas muitas irregularidades, é necessário que se realize um recontorno mais extenso. Contudo, uma possibilidade para extrair as falhas ou irregularidades do rebordo alveolar pela técnica da alveoloplastia simples é o uso da técnica de técnica de Dean ou alveoloplastia intrasseptal, cujo, consiste na remoção do osso intrasseptal e o reposicionamento do osso cortical vestibular. Esse tipo de procedimento é mais bem empregado em áreas nas quais o rebordo é de altura ideal e de contorno geralmente regular, mas que apresenta uma depressão no fundo do vestibulo, devido à configuração do rebordo ósseo. Esse procedimento pode ser finalizado no ato da exérese dos elementos dentários ou até mesmo na fase pós-operatória ou de cicatrização inicial precoce (HUPP et al., 2009).

A técnica original descrita em 1936 por Dean ,apresenta-se em remover uma quantidade de osso suficiente de septo interdental e, logo após com o auxílio de dois descoladores se faz uma fratura óssea em galho verde na lâmina da região

vestibular, pois, é onde se encontra sua maior projeção e através de uma compressão digital, há uma aproximação das tábuas ósseas ,porém, dessa forma preservando a irrigação no local e o perióstio . recentemente, ocorreu uma discreta modificação que foi introduzida nessa técnica para a remoção do tecido ósseo que foi a utilização de uma broca cirúrgica, pois, facilita a realização da fratura da tábua óssea vestibular e, concomitantemente, gerando o local mais adequado para ocorrência da mesma. Nesse tipo de modificação, não se faz necessário o uso dos descoladores, contudo, a redução da projeção do rebordo da face vestibular também ocorre pela constrição digital que irá realizar a união ou junção das tábuas ósseas palatina e vestibular (BORGES et al., 2015).

Portanto, esse tipo de técnica caracteriza-se como uma conduta que o cirurgião-dentista muitas vezes se faz necessário lançar a mão durante o planejamento do caso, para que se obtenha um resultado satisfatório na reabilitação oral do indivíduo, dessa forma, melhorando a condição estética e funcional o que ajuda a alavancar a autoestima e confiança do paciente (JUNIOR et al., 2017).

3.5 EXOSTOSES

3. 5.1 TÓRUS PALATINO

Freire et al. (2010) conceituaram as exostoses como sendo modificações nas estruturas ósseas e que, na cavidade oral, podem acometer as regiões da mandíbula, como no processo alveolar na superfície lingual e na maxila geralmente localiza-se no palato duro sendo designadas respectivamente de toros mandibular e palatino. É considerada como a exostose intra-oral mais comum.

Sá et al. (2017) relataram que as características clínicas do toros apresentavam tamanho e forma variados, o que permite sua classificação nos tipos nodular, plano, lobular e plano. Radiograficamente, os toros palatinos se caracterizam como massas radiopacas, de forma, mais acentuada do que o osso circundante. Ao exame microscópico, observa-se uma massa de osso cortical denso, sendo observada, algumas vezes, uma zona interna de osso tipo trabecular; contudo, a respeito dos aspectos histopatológicos e radiográficos, o diagnóstico é estritamente clínico na maioria dos casos. Geralmente, apresentam-se de maneira

assintomática, não havendo necessidade de intervenção cirúrgica. Em alguns casos, o procedimento cirúrgico é necessário, como por exemplo: dificuldade na fonação ou deglutição, necessidade de reabilitação protética de dentes perdidos, traumatismo, retenções ósseas profundas e considerações psicológicas ou estéticas.

Para a realização do procedimento cirúrgico de toros é necessário primeiramente as técnicas anestésicas do bloqueio do nervo incisivo, palatino maior e infiltração local. Em seguida, uma incisão linear na linha média do toros é feita juntamente com uma incisão relaxante oblíqua em uma ou ambas as extremidades, deve-se ter muito cuidado ao rebater o retalho, pelo fato da mucosa ser muito delgada. Um retalho total palatino pode por vezes ser usado para expor o toros. no caso de ser uma paciente edêntulo, para uma reabilitação de uma prótese total, a incisão é feita ao longo da crista do rebordo. instrumentos como osteótomo e martelo podem ser usados para remover a massa óssea. Para situações com grandes toros, o ideal é a secção do toros em múltiplos fragmentos com broca maxicut e peça de mão, contudo, obtendo maior atenção para a profundidade do corte, afim de evitar a perfuração do assoalho da cavidade nasal. Após a secção, porções individuais da massa radiopaca podem ser removidas com o uso de osteótomo e martelo e por fim, a região pode ser melhorada com uma broca grande para osso. O tecido é reposicionado e é observado se há necessidade ou não de remover algum excesso de mucosa, pois deve haver uma quantidade suficiente de tecido preservado para um fechamento completo sem tensão da área do osso exposto e realiza-se a sutura (HUPP et al., 2009).

Para prevenção de hematomas e boa recuperação no pós-operatório, é feito curativos compressivos sobre a área da abóbada palatina ou uma prótese provisória feita com material macio é encaixada no palato. As grandes intercorrências pós-cirúrgicas envolvem fratura ou perfuração do assoalho nasal, formação de hematoma e necrose do retalho, portanto, deve-se ter cuidados com a higiene, irrigação abundante e suporte com condicionadores macios na prótese usualmente fornecem tratamentos adequados (HUPP et al., 2009).

3. 5.2 TOROS MANDIBULAR

Paula et al. (2009) conceituaram o toros mandibular como uma protuberância óssea localizada na região lingual mandibular, de natureza não neoplásica, caracterizada como uma mal formação de desenvolvimento e que raramente apresentam sensação de desconforto na fala ou deglutição do paciente, têm sido citados na literatura por mais de 180 anos, entretanto sua origem ainda não é desconhecida, todavia, as hipóteses mais aceitas são: fatores ambientais, hereditariedade e hábitos parafuncionais.

Hupp et al. (2009) ratificaram que o procedimento cirúrgico é necessário para facilitar a confecção de uma prótese parcial ou total. Inicia-se a cirurgia com as técnicas de anestesia lingual e nervo alveolar inferior em seguida, uma incisão na crista do rebordo ósseo alveolar é feita, Tal como ocorre com o toros palatino, a mucosa deve ser descolada cuidadosamente, devido a mucosa ser muito fina com o objetivo de expor a região inteira óssea, se a exostose obtiver pequena base pedunculada, um osteótomo e martelo devem ser utilizados para iniciar a remoção ou até mesmo a utilização de uma broca maxicut, pois, ela também serve para suavizar a cortical lingual, para finalizar o tecido é readaptado e deve ser deixado de forma que não cause tensão nos tecidos e a eliminação de depressões.

No pós-operatório são feitas compressas com gazes para colocar na região intra-oral, a fim de evitar edema e surgimento de hematomas. Deve-se fazer irrigação vigorosa e abundante no local com solução salina, cuidados com higiene na região para que não ocorra exposição óssea ou deiscência dos tecidos o tratamento local (HUPP, 2009).

Paula et al. (2009) confirmaram que os toros mandibular ou palatino, geralmente não necessitam de intervenção cirúrgica, pois, o procedimento de remoção é feito estritamente quando deve ser realizada uma reabilitação protética.

4 DISCUSSÃO

Segundo estatísticas da Organização Mundial de Saúde(OMS) e do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) , até o ano de 2025 o Brasil será a sexta maior população idosa do mundo, com mais de trinta milhões de habitantes e essa é a faixa etária que apresenta a maior demanda de reabilitação oral através de próteses dentárias sejam elas parciais, totais ou fixas. Mesmo com o avanço dos implantes dentários osteointegrados, as próteses convencionais continuam sendo preferência da população, principalmente em áreas de menor influência do fator econômico. Os trabalhos de prótese sobre implantes apresentam uma tendência de maior respeito pela população em geral, porém estão mais restritos às localidades de maior disponibilidade financeira (BRIDI et al., 2015).

O objetivo principal de uma reabilitação protética é de devolver função e estética para aqueles indivíduos com perdas de elementos dentários de um, vários ou todos os dentes. Todavia, para que uma prótese seja instalada, sendo ela fixa de um ou mais elementos, parcial removível ou total, é necessário que as estruturas de suporte estejam adequadas para a posterior colocação do aparelho protético. A área ideal de suporte deve atender as seguintes características: Relação harmoniosa entre os maxilares e ausência de algum tipo de evidência de condições patológicas extra e intra-orais, processo alveolar deve ser espesso o máximo possível e rebordo alveolar em forma de u com os componentes verticais preferencialmente, paralelos, ausência de tecido mole com protuberâncias ósseas ou com áreas pontiagudas. Portanto, quando não se observa áreas que não possuem essas características tornando tais regiões da cavidade oral inadequadas para a implantação de aparelhos protéticos, as cirurgias pré-protéticas entram no plano de tratamento (NETO et al., 2012).

De acordo com Marzola (2012), as cirurgias pré-protéticas podem ser divididas em: intervenção cirúrgica das correções dos rebordos alveolares (alveoloplastias) ou tuberoplastias. Frenectomias lingual e labial. Remoção cirúrgica de toros palatino e mandibular e Aprofundamento de sulco ou vestibulo.

É imprescindível que nenhum preparatório para o procedimento cirúrgico seja realizado sem devido entendimento e planejamento do trabalho de reabilitação

protética final. Contudo, o tratamento cirúrgico pré-protético deverá ser iniciado por meio de um exame físico, de uma anamnese detalhada do paciente como avaliação o estado de saúde geral, pois, deve ser dada atenção a possíveis doenças sistêmicas que podem ser responsáveis pelo grande aumento da reabsorção óssea. o objetivo desse protocolo pré cirúrgico é de alcançar uma idéia clara da queixa principal do paciente e a expectativa do tratamento cirúrgico e protético. Em relação as questões estéticas e funcionais do paciente, devem ser anotadas com atenção, pois, isso vai avaliar se as expectativas foram supridas ou não pelo paciente e inclusive, é necessário que todo o planejamento cirúrgico e pós cirúrgico seja explicado criteriosamente ao paciente (HUPP, 2009).

O tratamento de escolha mais adequado para corrigir os tecidos da região oral vai depender de vários fatores como: A dimensão do defeito e da distância dos tecidos adjacentes à área de suporte da prótese, do tipo de tecido requerido para realizar a correção (estética e funcional), dos parâmetros terapêuticos prévios que possam influenciar a cicatrização, das estruturas anatómicas que precisam de ser protegidas de lesões e das prioridades envolvidas em corrigir o defeito (ALBUQUERQUE et al., 2007).

Fatores de adaptação e psicológico do paciente são fatores importantes para receber adequadamente tratamentos com prótese total, parcial ou fixa. Informação de sucesso ou falha com prótese prévia pode ser útil para determinar a atitude do paciente e a adaptabilidade ao tratamento protético (HUPP, 2009).

5 CONCLUSÃO

Para que haja sucesso no planejamento de uma cirúrgica pré-protética, vários fatores irão influenciar como, por exemplo uma avaliação criteriosa e de uma atenção ao plano de tratamento. Geralmente, deve-se dar prioridade a patologias ou anormalidades ósseas. A correção do tecido mole associado é frequentemente adiado até que o recontorno do osso e o seu aumento estejam completos. No caso de aumento ósseo simultâneo é, por vezes tentado, quando esse aumento de preferência tem como objetivo a melhoria na qualidade do contorno, em vez de criar um aumento significativo em altura e largura do rebordo alveolar.

A construção de um plano de tratamento em um paciente parcialmente ou totalmente edêntulo, resulta em um planejamento de todas as etapas do tratamento. A cirurgia pré-protética está indicada, frequentemente nos casos em que o resultado esperado permita uma melhoria na retenção, estabilidade e suporte da prótese, proporcionando um tratamento reabilitador protético com resultados mais satisfatórios e previsíveis para o paciente.

PRE-PROSTHETIC SURGERY: A LITERATURE REVIEW

Cryslaine Otacílio Silva
Tulio Pessoa
Tiago Bezerra

ABSTRACT

Pre-prosthetic surgery is defined as the set of surgical procedures that aims at preparing the dental arch to obtain satisfactory conditions for receiving a fixed, removable, total or partial prosthesis. It aims for functional and aesthetic rehabilitation, with the purpose of removing undesirable tissues, correcting irregular structures that will support and retain the future prosthesis that will be placed, so that there is better adaptation, maintenance and aesthetics. The present article, in the format of a review of the literature, intends to describe the most performed pre-prosthetic surgeries in the dental field, reporting the types of treatment for each one of them.

Keywords: Pre-prosthetic oral surgery. Edentulous mouth. Dental prosthesis Oral rehabilitation.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALBUQUERQUE, B. et al. Cirurgia Para-protética. **Rev Port Estomatol Cir Maxilofac.** v.48, p. 229 - 235, 2007.
- ASSUNÇÃO G. W. et al. Anatomia para-protética: importância em prótese total **Revista Odontológica de Araçatuba.** v. 25, n.1, p. 57-64, Janeiro/Junho, 2004
- BERCINI F. et al. Frenectomia: um caso clínico. **R fac odontol Porto Alegre** v. 37, n.1, p. 15-17, julho 1996.
- BRIDI, P. M. et al. Prevalence of pre- prosthetic surgery in patients treated in the Oral Surgery II course at a university in Brazil between 2010 and 2013. **Rev. Bras. Pesq. Saúde.** v.17, n. 1, p. 73 - 80, jan-mar, 2015.
- BATISTA S.E.V et al. Hiperplasia fibrosa inflamatória ocasionada por prótese total desadaptada. Relato de caso. **Revista Odontológica de Araçatuba.** v.34, n.2, p.70-72, Julho /Dezembro, 2013.
- BARROS G. M. R, CAMPOS M.S K, CABRAL M.L. Relato de caso clínico de hiperplasia fibrosa inflamatória. **Revista Odontológica de Araçatuba.** v.35, n.2, p. 15- 18, Julho /Dezembro, 2014
- BORRÁS T.M et al. Exéresis de las lesiones hiperplásicas de la cavidad bucal. Estudio retrospectivo de 128 casos. **Rev Med Oral Patol Oral Cir Bucal.** v.10, p.151- 162.
- COSTA M. M et al. Síndrome da Combinação: diagnóstico, prevenção e considerações sobre o tratamento. **Rev Odontol Bras Central.** v. 25, p. 72,2016.
- CAMACHO A. F, SAURA I. A, LÓPEZ J. P, BERMEJO F. A. Tratamiento quirúrgico de una hiperplasia fibrosa localizada en la desembocadura del conducto de Estenon. Descripción de la técnica. **Avances en odontoestomatología.** v. 20, n .5, 2004.
- CASIAN R. A, TREJO Q. P, DE LEÓN T. C, CARMONA R. D. Inflammatory Fibrous Hyperplasia: case report. **Rev. Clin. Periodoncia Implantol. Rehabil. Oral.** v.4. n.2. p .74 -79, 2011
- CAWOOD J. I, STOELINGA P. J. W, BLACKBURN T. K. The evolution of preimplant surgery from preprosthetic surgery. **Int J Oral Maxillofac Surg.** v. 36, n. 5, p. 377-85, 2007.May.
- FALCÃO P. F. A. Hiperplasia fibrosa inflamatória: relato de caso e revisão de literatura. **Rev. Cirug. méd. biol., Salvador.** v. 8, n. 2, p. 230-236, mai./ago. 2009
- FREIRE R. S. A. S. et al. A cirurgia pré-protética para torus palatino – Relato de caso.**Rev Salusvita Bauru,** v. 29, n. 2, p. 47-55, 2010.

HUPP JR, ELLIS E, TUCKER MR. **Cirurgia oral e maxilofacial contemporânea**. 5. ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2009.

JUNIOR L. H. F. et al. Utilização de alveoloplastia intrasseptal para correção de acentuada projeção maxilar: relato de caso. **Rev Odontol Bras Central**,2017.

LUCIANO A. A. SALVI C. JUNIOR G. A. E Eleonor. Sulcoplastia de kazanjian modificada. **Investigação**, v.14, n. 1, p. 159-163, 2015.

MARZOLA C. TOLEDO JL, OLIVEIRA MG. As cirurgias pré protéticas. **Rev Odont** ato. v. 20, n. 7, p. 749-834, 2012.

MEDEIROS D.C.F et al. Uso de prótese dentária e sua relação com lesões bucais. **Rev. salud pública**. v. 17, n. 4, p 603-611, 2015.

MARCHESAN I.Q, MARTINELLI R.L.C, GUSMÃO R.J. Lingual frenulum: changes after frenectomy. **J Soc Bras Fonoaudiol**. v.24, n .4, p 409-412,2012.

PAULA S. J, REZENDE C.C, QUEIROZ V. M. Torus mandibular: Relato de caso. **Rev Odonto**. v.18, n. 35, p 8-86,2010.

PARAGUASSÚ G.M, PIMENTEL P.A; SANTOS A.R. Prevalência de lesões bucais associadas ao uso de próteses dentárias removíveis em um serviço de estomatologia. **Rev Cuba Estomatol**. v. 48, n. 3, p. 268 -76, 2011.

PEDRÓN G. I et al. HIPERPLASIA FIBROSA CAUSADA POR PRÓTESE: remoção cirúrgica com laser Nd:YAP. **Rev. Clín. Pesq. Odontol**.v.3, n.1, p.51-56, jan/abr,2007.

PONZONI D. et al. Surgical removal of torus palatinus for confection of dental prosthesis – indications of different incisions.**RFO**, v. 13, n. 2, p. 66-70, maio/agosto 2008

SOARES V.P et al. Esthetic rehabilitation with minimally invasive feldspathic ceramic veneers: 30 months of clinical follow-up. **Biosci. J., Uberlândia**, v. 32, n. 5, p. 1428-1434, Sept/Oct. 2016

SINISTERRA G. et al.Exposición espontánea de un torus palatino de la línea media. **Escuela de Odontología, Universidad del Valle, Cali, Colombia. Biomédica**. v. 33, p .31-5,2013.

SANTOS M.S.E. COSTA M. R. W. NETO S.C. J. Terapêutica cirúrgica da hiperplasia fibrosa inflamatória - relato de caso surgical therapy of fibrous inflammatory hyperplasia: a case report. **Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial**. v. 4, n. 4, p. 241 - 245, out/dez - 2004

SVERZUT E. C et al. Cirurgia pré-protética para aumento de sulco mandibular **RGO**. v. 49, n.4, p.191-194, out/nov/dez. 2001

SÁ L.D.C et al. Acesso cirúrgico modificado para remoção de tórus palatino: Relato de caso. **Rev port estomatol med dent cir maxilofac.** v. 58, n. 4, p.231-235,2017.

ZANETTI G.R et al. Modified surgical stent for tuberoplasty in Combination Syndrome patients. **Rev Odontol UNESP.** v. 39, n. 2, p.131-135,2010.

ANEXOS

ANEXO 1

Eu, Paula Andréa de Melo Valença, declaro para os devidos fins e para fazer prova junto à **Faculdade SETE LAGOAS – FACSET**, que realizei a revisão de normas técnicas e metodológicas do TCC / Monografia, intitulado **“CIRURGIA PRÉ-PROTÉTICA: UMA REVISÃO DA LITERATURA,”** de autoria de **Cryslaine Otacilio Silva**, do curso de **Especialização Lato Sensu em Prótese Dentária, pela Faculdade Sete Lagoas – FACSET**, consistindo em correção de citações, referências bibliográficas e normas metodológicas.

Por ser verdade, firmo a presente,

Recife, 20 de janeiro de 2019.



Paula Andrea de Melo Valença

CPF: 020.321.594-06

ANEXO 2**TERMO DE CORREÇÃO DA LÍNGUA PORTUGUESA**

Eu, Maria de Fátima de Souza, declaro para os devidos fins e para fazer prova junto à **Faculdade SETE LAGOAS – FACSET**, que realizei a correção da língua portuguesa em relação à ortografia e gramática do TCC / Monografia, intitulado **“CIRURGIA PRÉ-PROTÉTICA:REVISÃO DE LITERATURA”**, de autoria de **Cryslaine Otacílio Silva**, do curso de **Especialização Lato Sensu em Prótese Dentária, pela Faculdade Sete Lagoas – FACSET.**

Por ser verdade, firmo a presente,

Recife, 20 de janeiro de 2019.



Maria de Fátima de Souza

CPF: 696.695.974-04

ANEXO 3**TERMO DE CORREÇÃO DA LÍNGUA INGLESA**

Eu, Bruna Stefânia Cavalcanti de Souza ,declaro para os devidos fins e para fazer prova junto à **Faculdade SETE LAGOAS-FACSET**,que realizei a correção da língua inglesa referente ao abstract do TCC / Monografia, intitulado “**CIRURGIA PRÉ-PROTÉTICA:REVISÃO DE LITERATURA**”, de autoria de **Cryslaine Otacílio Silva**, do curso de **Especialização Lato Sensu em Prótese Dentária**, pela **Faculdade Sete Lagoas – FACSET**.

Por ser verdade, firmo a presente,

Recife, 07 de fevereiro de 2019.



Bruna Stefânia Cavalcanti de Souza

CPF: 073.112.894-08